

ÉTUDE
SUR
LES LÉPROÏDES
DU TYPE LAZARIN

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUILLET 1882
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. ROYER,

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 11 avril 1857, à Barges (Hte-Saône).

LYON

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE BELLON

RUE DE LA RÉPUBLIQUE, 33

—
1882

É T U D E
SUR
LES LÉPROÏDES
DU TYPE LAZARIN

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 29 JUILLET 1882
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. ROYER,

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 11 avril 1857, à Barges (Hte-Saône).

LYON
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE BELLON
RUE DE LA RÉPUBLIQUE, 33

—
1882

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN
CROLAS	} ASSESSEURS
LACASSAGNE	
PAULET.	

PROFESSEURS, PROFESSEURS ADJOINTS, CHARGÉS DE COURS

Anatomie	MM. PAULET.
Physiologie.	PICARD.
Anatomie générale et histologie	MORAT, profes. délégué.
Anatomie pathologique.	RENAUT.
Médecine expérimentale et comparée.	PIERRET.
Chimie minérale.	CHAUVEAU.
Chimie organique et toxicologie	GLÉNARD.
Physique médicale	CAZENEUVE, chargé de cours.
Zoologie et anatomie comparée.	MONOYER.
Pharmacie	LORTET.
Pathologie interne	CROLAS.
Pathologie externe	BONDET.
Pathologie et Thérapeutique générale	BERNE.
Hygiène	LÉTIÉVANT, profes. adjoint.
Thérapeutique.	MAYET.
Matière médicale et Botanique.	ROLLET.
Médecine légale	SOULIER.
Médecine opératoire.	CAUVET.
Cliniques médicales.	LACASSAGNE.
Cliniques chirurgicales	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	TEISSIER.
Clinique ophtalmologique	LÉPINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAMBAUD, Professeur adjoint.
Clinique des maladies mentales	OLLIER.
	TRIPPIER (LÉON).
	BOUCHACOURT.
	DELORE, Professeur adjoint.
	GAYET.
	GAILLETON.
	ARTHAUD.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE.	Chargé du cours.
Clinique des maladies des Enfants.	PERROUD.	Chargé du cours.
Professeur honoraire	DESGRANGES.	

AGRÉGÉS		CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ	
MM. ARLOING.	MM. LAURE.	MM. BERGEON.	MM. DRON.
BOUVERET.	LEVRAT.	CHANDELUX	MARDUEL.
CHAPUIS.	PERRET.	CHARPY.	MOLLIÈRE.
DUCHAMP.	SICARD.	COLRAT.	R. TRIPIER.

M. LÉTIÉVANT, Secrétaire, Agent comptable.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. RENAUT, Président; M. GAILLETON, Assesseur; MM. DRON, LAURE, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Pendant notre internat à l'Antiquaille, nous avons eu l'occasion d'observer une malade atteinte d'une affection singulière qui excitait vivement la curiosité des dermatologistes lyonnais ; sur les conseils de M. Dron, notre chef de service, nous avons choisi ce cas insolite pour sujet de notre thèse.

Rechercher les cas identiques publiés dans la science, les grouper, les rapprocher des affections analogues décrites dans les auteurs et, en un mot, déterminer à quel genre de dermatoses on pouvait les rattacher, tel est le but que nous nous sommes proposé dans ce travail.

Malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons pu trouver qu'un seul cas identique au nôtre, celui présenté par M. Leloir à la Société de biologie en 1881, et publié *in extenso* dans sa thèse inaugurale. Il ne nous paraît cependant pas impossible que quelques cas semblables dispersés dans différentes revues et dissimulés sous une dénomination quelconque aient pu nous échapper ; mais nous pouvons affirmer que nous avons parcouru consciencieusement les diverses publications qui ont été faites sur la lèpre, le pemphigus, les gangrènes de la peau, etc., sans en rencontrer un seul.

Grâce à la notoriété scientifique de M. Dron, nous avons pu faire appel aux principaux dermatologistes, mais nous n'avons pas été plus heureux. M. Quinquaud seul nous a communiqué une observation identique. M. Augagneur, chef de clinique chirurgicale à la Faculté, nous a aussi communiqué une observation, mais son malade est resté trop peu de temps à l'hôpital pour qu'on puisse se prononcer sur ce cas.

Nous allons donc tout d'abord exposer ces observations ; nous y joindrons deux autres obser-

v
vations, l'une de lèpre lazarine, l'autre de sclérodermie, pour mieux faire ressortir l'analogie et les différences qui existent entre ces diverses affections.

Pour déterminer à quel genre de dermatoses nous devons rattacher la maladie que nous étudions, nous parcourerons les différentes affections analogues bien déterminées en dermatologie, et nous les comparerons avec les symptômes qu'ont présentés nos malades. Une d'entre elles, la lèpre lazarine, nécessitera une étude complète, parce qu'elle est entièrement inconnue en Europe; elle occupera par conséquent une place considérable dans notre travail.

Nous arriverons enfin aux conclusions.

Que M. le professeur Renault, qui a bien voulu nous aider de ses conseils et nous diriger dans notre travail, reçoive ici l'expression de toute notre gratitude.

Nous tenons également à exprimer notre vive reconnaissance à notre maître M. Dron, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Nous ne saurions trop remercier aussi M. Poncet (de Cluny), qui a mis entièrement à notre disposition les nombreux documents qu'il avait recueillis au Mexique sur la lèpre lazarine.

Enfin, nous adressons nos sincères remerciements à MM. les D^{rs} Quinquaud et Augagneur pour leurs observations, et à tous nos amis et collègues d'internat qui nous ont aidé dans nos recherches bibliographiques.

OBSERVATION I.

Oysel (Marie), salle Ste-Colette, à l'Antiquaille, service de M. Dron.

Cette jeune fille est âgée de 26 ans, de constitution faible et de tempérament nerveux. Elle est née à Bourg-Argental (Loire), et demeure à Lyon, depuis son enfance; sa santé a été bonne pendant sa jeunesse, elle n'a pas offert de manifestations scrofuleuses.

La menstruation s'est montrée sans douleur à 11 ans, mais les règles se sont supprimées après cette première apparition pour revenir seulement quatre ans après. Dans cette période d'aménorrhée, il n'y a eu ni malaises, ni troubles nerveux. Les règles se sont établies définitivement à l'âge de 15 ans, mais elles ont toujours été irrégulières et peu abondantes. Elles manquent souvent et ont fait défaut une fois pendant dix mois. La lésion cutanée ne paraît pas du reste influencée par leur suppression.

La malade ne signale aucune manifestation morbide chez ses parents. Son père âgé de 60 ans, jouit d'une très-bonne santé; il a servi longtemps dans l'armée

active et dans la gendarmerie. Sa mère n'avait jamais été sérieusement malade, quand sa fille est entrée à l'Antiquaille. Ses quatre frères sont bien portants, le plus jeune a présenté autrefois une ostéite de deux phalanges.

En novembre 1870 notre malade a eu la fièvre typhoïde; elle est restée trois mois au lit et n'a été bien guérie qu'au bout de quatre mois; elle a même conservé pendant longtemps une légère surdité. A aucune époque elle n'a jamais rien présenté qui pût faire penser à la syphilis; elle n'aurait même jamais eu de rapports sexuels.

La maladie qui fait l'objet de cette étude a commencé en 1872 (janvier), sans qu'on puisse lui reconnaître une cause déterminante. Elle a débuté par une éruption de bulles sur la face dorsale de la main droite. Cette éruption avait été précédée pendant un mois de douleurs dans la main et l'avant-bras qui étaient légèrement œdématisés. Les bulles se rompirent après deux ou trois jours, et il resta une surface ulcérée, qui malgré des soins minutieux ne se cicatrisa qu'au bout de six mois. Aujourd'hui, il persiste en cet endroit une cicatrice blanche, lisse et souple.

Trois mois après environ, après un malaise de quelques jours, nouvelle éruption de même nature à l'angle externe de l'œil droit, accompagnée d'œdème; cette éruption dura à peu près deux mois, puis une nouvelle poussée de bulles se fit sur la paupière supérieure gauche, et fut suivie d'ulcérations d'assez longue durée. A peu près à la même époque, pendant toute une année, la joue gauche devint le siège de plaques rouges tuméfiées, qui disparaissaient et reparaissaient successivement. Ces taches n'ont pas laissé de traces.

Après cette première période la malade resta à peu près un an en bonne santé sans avoir aucune éruption cutanée, puis au bout de ce temps nouvelles éruptions bulleuses successives autour de l'œil droit et sur la joue, suivies d'une nouvelle période de calme.

En novembre 1876 aggravation de la maladie; les lésions cutanées sont plus étendues et plus profondes; elles reviennent plus fréquemment. A ce moment la joue droite est envahie presque dans sa totalité par une plaque rouge, d'abord avec chaleur et sensation de brûlure, puis offrant bientôt une teinte blanchâtre; cette teinte fut suivie d'une ulcération et d'une cicatrice qui resta saillante. L'évolution dura un mois environ. A peu près à la même époque éruption d'une égale gravité sur la joue gauche; le cou, la région sternale, les membres etc. Toutes ces éruptions étaient précédées de symptômes généraux prémonitoires, plus graves qu'auparavant; l'évolution des lésions était plus longue, la cicatrisation plus lente.

Le 12 juillet 1877 la malade entre dans le service de M. Dron, à l'Antiquaille et pendant cinq années on peut suivre l'évolution de cette maladie, dont les manifestations cutanées se succèdent à intervalles plus ou moins longs.

Il serait trop long de relater ici toutes ces lésions, voici ce que l'on constate dans l'évolution de chaque éruption.

La malade ressent d'abord un malaise général, une grande faiblesse. Elle perd l'appétit; elle a des nausées, des vomissements, une céphalalgie qui offre souvent les caractères d'une violente névralgie trifaciale. Elle est obligée de garder le lit. Malgré l'état de fièvre apparente,

la température n'a jamais dépassé 39°, le pouls 100 pulsations.

En même temps qu'elle éprouve ces phénomènes morbides généraux, la malade ressent une douleur vive sur un point du corps. Cette douleur est cuisante, donne la sensation de brûlure; le moindre contact est redouté de la malade. Le plus souvent cette douleur n'a aucun rapport avec le trajet des nerfs; une seule fois on a pu observer des douleurs s'irradiant de l'épaule gauche, jusqu'au bout des doigts, en suivant le trajet de branches du plexus brachial.

Ce point douloureux est le siège d'une rougeur plus ou moins étendue pouvant aller jusqu'à 15 centimètres, à contours plus ou moins irréguliers; quelquefois ils sont assez réguliers pour faire penser qu'ils sont produits par l'application d'un emplâtre irritant, ce qui a toujours été nié énergiquement par la malade. La coloration est d'un rouge vif au début, plus tard elle prend une teinte sombre. Le toucher y fait reconnaître nettement une chaleur anormale. La plaque rouge peut présenter des phlyctènes, des bulles pemphigoides; mais le fait est loin d'être constant, et quand les phlyctènes existent, elles ne recouvrent pas toutes les parties hyperémiées. Le lendemain ou le surlendemain de l'apparition de l'érythème la plaque rouge prend une teinte blanchâtre tranchant nettement avec les parties rouges environnantes. Cette teinte blanchâtre peut envahir à peu près toute la plaque ou se montre par îlots séparés les uns des autres par des bandes de peau simplement hyperémiées. La sensibilité qui avait été augmentée sur la plaque erythémateuse est très émoussée sur la partie blanchâtre. La malade n'y sent pas la piqure d'une épingle. La sensibilité au froid et à la chaleur y est complètement abolie. La

température y est notablement abaissée quand on la compare à celle des parties voisines. C'est, on le voit, une portion de peau complètement sphacelée.

L'état général qui s'était amélioré après la poussée érythémateuse, redevient mauvais quand la peau se gangrène. Le pouls est plus rapide et peut donner jusqu'à 130 pulsations; la peau est chaude et les vomissements reparaissent.

Pendant l'eschare de blanche devient verdâtre.

Ce qui reste de l'érythème disparaît ou prend une teinte sombre, un sillon se creuse entre les parties saines et la portion mortifiée. L'eschare se détache en lambeaux plus ou moins étendus et au-dessous on trouve une ulcération plus ou moins profonde.

Cette ulcération reste quelquefois très-longtemps à se cicatriser. Mais souvent, malgré les soins qu'on a mis à cautériser avec le nitrate d'argent, les parties charnues, la cicatrice devient saillante, exubérante et forme de véritables chéloïdes.

D'abord de couleur lie de vin, très-vasculaires et de consistance assez molle, ces chéloïdes deviennent plus tard blanches et de consistance fibreuse.

Elles forment sur différents points de la peau, au cou, sur les avant-bras par exemple, de véritables difformités. Elles sont susceptibles de résolution; ainsi celles de la face badigeonnées avec la teinture d'iode se sont aplanies complètement; celles du corps que la malade tenait moins à faire disparaître, font encore saillie, mais la rétraction augmente avec leur ancienneté et après quelques années leur tissu devient blanc nacré, dur, crie sous le couteau et leur saillie devient à peine appréciable. La sensibilité est diminuée sur les chéloïdes.

Ces cicatrices, en certains points, ont occasionné des infirmités. Ainsi, les paupières supérieures, surtout la droite, sont renversées en dehors par suite des adhérences du bord ciliaire et de l'induration due au tissu cicatriciel. Ce double ectropion n'a jamais causé de troubles du côté du globe oculaire.

Les chéloïdes ont été quelquefois le siège du même processus morbide, c'est-à-dire qu'il y a eu érythème (parfois avec production de phlyctènes), puis gangrène suivie d'ulcération et de nouvelles cicatrices chéloïdiennes.

Les muqueuses ne sont pas à l'abri de ces manifestations morbides. Ainsi dans le mois de septembre 1877, après les prodromes ordinaires, malaise général, céphalalgie, nausées, etc., les lèvres se sont toutes deux fortement tuméfiées et il était impossible de les écarter pour voir l'intérieur de la bouche, où la malade paraissait souffrir beaucoup. Les plaques blanchâtres de la gangrène ne tardèrent pas à se montrer sur les parties de la muqueuse accessibles à la vue, et l'on put penser que la cavité buccale était le siège des mêmes lésions, car la malade ne pouvait ni déglutir, ni articuler une parole. On fut obligé d'avoir recours pendant huit jours et deux fois par jour à la sonde œsophagienne que l'on introduisait par les narines pour l'alimenter et lui faire pénétrer du bouillon, du lait, etc., dans l'estomac. Les douleurs étaient excessives, 4 centigrammes de chlorhydrate de morphine en injections hypodermiques ne pouvaient la calmer. Cependant la température ne dépassait pas 39°. Après ces huit jours, la tuméfaction diminua, des lambeaux de muqueuse sphacélée s'éliminèrent de la cavité buccale, et la malade qui était auparavant dans une prostration extrême recouvra peu à peu ses forces.

Indépendamment des malaises qui précèdent l'apparition des plaques gangréneuses, la malade a présenté au début de sa maladie des phénomènes nerveux qu'on peut rattacher à l'hystérie. Elle s'est plainte d'une constriction à la gorge qui lui survenait plutôt lorsqu'il n'y avait pas de poussées érythémateuses. Elle a eu de la rétention d'urine avec contracture du col de la vessie. Son caractère était bizarre, difficile, triste. Un jour, elle s'est précipitée volontairement (1878), par une fenêtre du troisième étage ; elle est tombée d'abord sur un toit couvert de tuiles à la hauteur du premier, puis, de là, dans la cour, et dans cette chute effrayante, elle ne s'est fait que de légères contusions. Cet accident a eu plutôt une influence heureuse sur son moral et, actuellement, elle ne présente plus de ces phénomènes nerveux.

Nous devons aussi noter qu'à deux reprises, pendant son séjour à l'hôpital, son corps est devenu subitement d'un rouge sombre uniforme, qui ne disparaissait qu'en partie sous la pression du doigt. Un prurit intense se manifestait sur la peau pendant que la malade accusait une sensation de brûlure le long du tube digestif ; elle eut quelques vomissements ; puis au bout de trois heures la rougeur commença à disparaître, il y eut même de la pâleur du tégument et tout rentra dans l'ordre

Traitement. — Il serait peut-être plus facile d'énumérer les médicaments qui n'ont pas été employés. Devant ce cas insolite, on a dû essayer tous les toniques (quinine, fer, etc.) ; l'iodure de potassium, le bromure, l'arsenic sous toutes ses formes (liqueur de Fowler, granules de Dioscoride, etc.). Mais tous ces médicaments ont eu le même insuccès. Toutefois, il faut reconnaître que la santé générale s'est améliorée et que les fonctions

sont en bon état. Pendant les six derniers mois de 1881, elle n'avait même plus présenté de lésions gangréneuses sur la peau ; mais à la suite d'émotions morales tristes (mort de sa mère), cette période de calme a pris fin. Les éruptions ont commencé à reparaître en janvier et février 1882, et elles redevinrent plus fréquentes en mars et avril.

Voici, du reste, les notes prises dans cette période par M. Cénas, interne de service :

3 mars 1882. — Vomissements le matin, céphalalgie, frissons, courbature, douleurs lancinantes dans tout le membre inférieur. Ces douleurs sont sans rapport avec le trajet des nerfs, les points de Valleix ne sont pas douloureux.

4 mars. — Même état.

5 mars. — Douleur, cuisson au-dessus du genou gauche pendant la nuit ; le matin on aperçoit une rougeur érythémateuse qui disparaît en partie à la pression. L'état général est meilleur.

6 mars. — Rougeur sur une surface arrondie, limitée, de la largeur de la paume de la main, au-dessus de la rotule ; quelques vésicules à la partie inférieure de la plaque. L'état général est meilleur depuis l'apparition de l'érythème. La sensibilité est intacte sur tout le membre atteint, simplement hypéralgésie au niveau de la plaque.

7 mars. — La plaque est bien limitée et présente tout à fait l'aspect d'un érysipèle. La peau est légèrement tuméfiée, phlyctènes à la surface. Etat général bon.

8 mars. — Malaise général, vomissements, courbature céphalalgie, anorexie, frissons. Au niveau de la plaque on voit une eschare sèche de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Douleur vive au niveau de la plaque, légère

douleur dans tout le membre. Pouls 100. Température 38°,2.

9 mars. — Même état.

10 mars. — Même état. Un peu d'amélioration de l'état général.

11 mars. — L'état général reste bon, l'eschare est très nette : tout autour la peau est rouge, érysipélateuse.

13 mars. — La rougeur érysipélateuse a disparu, elle persiste seulement sur une très petite étendue autour de la plaque gangrénée qui de jaune clair est devenue jaune sombre et s'est très nettement limitée. Pas de sillon d'élimination. Etat général bon, souffrances locales légères.

18 mars. — Apparition du sillon d'élimination de la plaque sphacélée.

20 mars. — L'eschare s'élimine en parcelles plus ou moins volumineuses.

25 mars. — L'élimination est complète. Il reste une ulcération peu profonde. Etat général bon.

1^{er} avril. — Malaise général. Douleurs à la partie inférieure de l'abdomen.

2 avril. — Plaque rouge de la largeur d'une pièce de 2 francs à 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale droite.

3 avril. — Apparition le matin d'une plaque verdâtre sphacélée centrale, de la largeur d'une pièce de 50 cent. Légère rougeur tout autour.

4 avril. — Quatre nouvelles plaques apparaissent autour de la précédente.

5 et 6 avril. — Apparition de nouvelles plaques dans la même région. Etat général toujours mauvais depuis le 1^{er} avril.

10 avril. — Cinq plaques nouvelles apparaissent dans la même région. Etat général toujours mauvais.

12 avril. — La plupart des plaques survenues dans ces derniers jours sont le siège d'eschares sèches, deux ou trois seulement sont bulleuses. État général meilleur.

17 avril. — Nouveau malaise général, nouvelles plaques sur l'abdomen.

22 avril. — Eruption sur la face antérieure de la cuisse droite. Les eschares sont en voie d'élimination dans toutes les petites plaques qui sont survenues depuis le 7 avril. L'état général est bon.

Depuis la fin d'avril nouvelle période de calme. La malade a quitté l'hôpital pour aller dans un asile de refuge où nous avons pu la revoir. Pendant tout le mois de mai elle n'a présenté qu'une seule plaque sur la face antérieure de la cuisse gauche au tiers moyen.

Son état général est satisfaisant. Elle n'a pas de troubles de sensibilité, excepté au niveau des cicatrices où la perception est plus lente et moins nette. Elle a remarqué que depuis longtemps déjà ses sourcils devenaient plus clair semés à la région externe ; on ne trouve pas de poils sur les cicatrices. Elle affirme aussi que depuis plusieurs années elle s'est aperçue d'une notable diminution de la sueur sur tout le corps et notamment sur les membres.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. Quinquaud

*Extrait du cahier d'observation du service
de M. Bazin, 1871.*

Madame E. M., âgée de 28 ans, fleuriste, entre dans le service de M. Bazin au mois de septembre 1871. On constate sur la surface cutanée, aux joues, à la partie antérieure du cou, sur les avant-bras et sur le thorax trois ordres de lésion.

1° Des ulcérations circulaires variant de 1 à 4 centimètres de diamètre, les unes avec un léger décollement, les autres taillées à l'emporte pièce ; elles sont superficielles, à fond rouge jaunâtre, et n'ont aucune tendance à creuser en profondeur. La zone circonférentielle rougeâtre est de 4 millimètres environ. — L'anesthésie s'étend à 3 centimètres au-delà de l'ulcère.

2° Des eschares étalées, arrondies, parcheminées de 2 à 3 centimètres de diamètre, complètement anesthésiées. L'insensibilité s'étend même à 2 centimètres au-delà de

l'escharification qui ne comprend que les couches superficielles du derme.

3° Des cicatrices dont les unes sont pâles, les autres rougeâtres ; d'autres présentent un caractère lisse avec liseré rougeâtre à la périphérie et zone blanchâtre au centre. Les unes sont lisses, minces ; d'autres sont indurées, kéloïdiennes, donnant une sensation demi-cartilagineuse. Encore ici anesthésie s'étendant au-delà de la lésion cutanée.

Au dire de la malade l'affection débiterait toujours par des rougeurs arrondies, au niveau desquelles la sensibilité à la piqûre serait éteinte, mais elle y éprouverait de très vives douleurs ; jamais elle n'aurait constaté aucune autre éruption. Ses règles sont régulières, pas d'antécédents scrofuleux ni personnels ni héréditaires.

M. le D^r Quinquand fait suivre son observation d'une remarque que nous publions *in extenso* : « Ni l'intoxication arsénicale, ni la syphilis, ni la scrofule ne peuvent rendre compte de l'anesthésie ; mais j'avais vu à la consultation externe de l'hôpital St-Louis huit jours auparavant une malade dont je n'ai pu prendre l'observation, qui présentait la même lésion sur le cou et les membres inférieurs, mais qui de plus offrait des tubercules de la lèpre au niveau d'une joue, il était donc probable que notre malade avait également une forme de lèpre rare, mais qui existe réellement. Nous n'avons pu voir chez elle survenir de tubercules lépreux, probablement parce que le temps d'observation a été trop court. »

OBSERVATION III

Résumé de l'Obs. XXX, publiée dans la thèse de M. Leloir.

Il s'agit ici d'une malade âgée de 18 ans, couturière. Parmi les antécédents héréditaires on doit noter que la mère de la malade a présenté des phénomènes hystériques. Ses antécédents personnels ne présentent rien de particulier ; pas de scrofule, pas de syphilis, menstruation normale.

Le début de l'affection remonte au mois de septembre 1878. A cette époque apparition d'une plaque rouge, un peu douloureuse qui persista pendant six mois ; pas de vésicules, pas de bulles. Au bout de six mois, il se montra sur la pommette une petite plaque escharotique grise, grande comme une pièce de 0,50 centimes, semblable à celles qui se montrèrent ensuite, mais bien plus superficielle et n'ayant laissé après elle qu'une ulcération et une cicatrice à peine prononcées. Quelques semaines après l'apparition de cette première plaque de sphacèle, il s'en montra successivement de nouvelles derrière

l'oreille, au cou, au creux de l'estomac et au bras gauche. Depuis le début de la maladie, septembre 1878, jusqu'au mois d'août 1881, époque où se termine l'observation, il survint à chaque instant de nouvelles plaques escharotiques; la malade n'était pas même tranquille pendant 15 jours. Au mois d'août 1881, elle n'était pas encore guérie, et il est probable qu'elle ne l'est pas encore aujourd'hui, malgré l'emploi de l'arsenic, de l'iodure de fer, de l'iodure de potassium, de l'huile de foie de morue, de la noix vomique etc.

On constate chez elle les différentes formes de l'affection avec leurs divers degrés d'évolution :

1° Des plaques escharotiques précédées pendant vingt-quatre heures d'hypéresthérie de la région où doit se produire la plaque, le toucher y produit une sensation douloureuse. On n'a jamais constaté de rougeur ou de décoloration de la peau.

Les eschares apparaissent d'emblée, sans être précédées d'aucune bulle ni d'aucun soulèvement de l'épiderme. Leur teinte est grisâtre, parcheminée, très-légèrement brune au centre. Elles sont tout à fait insensibles, et l'on peut y enfoncer une épingle à une profondeur d'un millimètre et plus sans produire de douleur. La peau, ainsi escharifiée, est excessivement dense, et ce n'est qu'avec une grande difficulté que l'on peut y enfoncer une épingle; quand l'eschare se détache elle serait épaisse de deux millimètres environ et très dense, très difficile à couper avec des ciseaux. Les bords de la plaque sont enflammés sur une largeur de 1 à 2 millimètres et légèrement saillants. La sensibilité est notablement diminuée au niveau des régions cutanées qui entourent l'eschare à une distance de 2 centimètres environ.

2° Des ulcérations succédant à la chute de l'eschare. Lorsque l'eschare doit tomber, ce qui ne se fait qu'au bout d'un temps variable, de 15 jours à 3 semaines l'eschare brunit, tend à se soulever, il se fait une légère suppuration et l'eschare se décolle peu à peu. Sous l'eschare apparaît le derme ulcéré avec sa couche papillaire exulcérée couverte d'un pus abondant. L'ulcère peut avoir une profondeur de 1 à 3 millimètres et une étendue de plusieurs centimètres. — Ces ulcères mettent en moyenne un mois pour se cicatriser, mais souvent plus.

3° Des cicatrices vestiges d'éruptions plus ou moins anciennes. Elles reproduisent les formes plus ou moins irrégulières des ulcérations. Ces cicatrices sont légèrement déprimées, lisses, d'un rouge légèrement violacé et rappellent à s'y méprendre une cicatrice ancienne de brûlure au 3° degré, ou bien encore elles sont plus ou moins saillantes et tendent à prendre l'apparence chéloïdique. Cet aspect chéloïdique est surtout prononcé au niveau des cicatrices du cou et de la face. Ces cicatrices peuvent devenir elles-mêmes le siège de nouvelles plaques escharotiques. Il existe un degré d'anesthésie très prononcé au niveau de toutes ces cicatrices.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le docteur Augagneur.

X..., cultivateur, habitant le département de la Drôme, entre dans le service de M. Mollière, salle Sainte-Marthe, n° 17, en juin 1881.

C'est un homme robuste qui n'avoue aucun antécédent pathologique ou héréditaire. Il entre à l'Hôtel-Dieu pour une plaie du bras droit. Il nous montre, en effet, sur la face postéro-externe du bras droit, une surface ulcérée, à grand diamètre vertical, s'étendant sur une hauteur de 15 centimètres environ et ayant cinq à six centimètres de large. L'ulcération prend naissance sur la paroi postérieure de l'aisselle et empiète d'un travers de doigt sur la peau du dos. C'est en ce point qu'elle offre sa plus grande largeur. En bas, elle s'arrête au niveau de l'union du tiers supérieur du bras avec les deux tiers inférieurs.

La perte de substance est peu profonde, les bords et le fond sont au même niveau. Un pus abondant bien lié

couvre toute la surface ulcérée. Les tissus voisins sont un peu rouges et douloureux, ce qui s'explique assez aisément par l'irritation produite par l'écoulement du pus et un pansement composé de feuilles de végétaux et de bandes sordides.

Le malade raconte que trois semaines auparavant, en se réveillant, il avait vu que toute la surface du membre correspondant à l'ulcère actuel était couverte par une « *grosse gonfle* ». Quelques heures après, l'épiderme s'était ouvert, laissant échapper une certaine quantité de sérosité ; puis à la sérosité avait succédé du pus, qui n'avait cessé de couler depuis lors.

Nous ne crûmes pas à la véracité du récit fait par ce malade. L'aspect de la plaie, qui était celui d'une brûlure au 2° ou 3° degré, nous fit croire qu'il ne voulait pas avouer l'origine d'une blessure de ce genre, ou qu'étant en état d'ivresse, il ne s'était pas aperçu de ce qui lui était arrivé. Ses dénégations énergiques nous engagèrent à explorer sa sensibilité, pensant que peut-être il avait du côté droit un certain degré d'anesthésie,

Il nous fut absolument impossible de trouver aucune différence entre la sensibilité des deux côtés, soit au contact, soit à la douleur, soit à la chaleur. La sensibilité n'était pas très-délicate, mais des deux côtés elle offrait les mêmes caractères ; elle était ce qu'on la trouve habituellement chez les gens de la campagne, dont les travaux grossiers ne perfectionnent pas la sensibilité. Nous conclûmes de cet examen que le malade était peut-être un épileptique et qu'il s'était brûlé pendant un accès, dont il n'avait pas le souvenir.

Un pansement avec la gaze de Lister fut appliqué sur l'ulcération. La cicatrisation marcha lentement, et prit

une forme rétractile comme celle qui succède aux brûlures.

Dix jours environ après son entrée, le malade montra un matin à l'heure de la visite, une bulle qui avait paru la veille au soir sur le gros orteil du pied gauche. Cette bulle siégeait au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et avait le volume d'une petite noix. Elle était remplie d'une sérosité citrine. *Aucune altération de la sensibilité.* On était alors en été, et la brûlure par le poêle ou une brique chaude ne pouvait être invoquée comme cause de la phlyctène. La bulle s'ouvrit, le fond apparut entouré par une collerette épidermique, comme dans le pemphigus, et la petite plaie offrit l'aspect que nous avons décrit pour le bras. Nous nous souvîmes alors d'une malade que nous avions vue à l'Antiquaille, et il fallut rejeter les hypothèses faites sur les causes de la lésion présentée par notre malade.

Nous le perdîmes de vue quelque temps après. La cicatrisation était presque complète.

Remarque. — Le malade qui fait le sujet de cette observation était probablement atteint de la même affection que les trois autres ; mais malheureusement le temps d'observation a été trop court pour que l'on puisse suivre l'évolution de la maladie ; on a simplement constaté les lésions du début. Malgré les recherches actives que nous avons faites dans ces derniers temps, nous n'avons pu le retrouver ; nous ne savons, par conséquent, ni si les éruptions reparaissent encore actuellement, ni s'il est survenu des cicatrices chéloïdiennes.

OBSERVATION DE LÈPRE LAZARINE

Due à l'obligeance de M. Poncet (de Cluny), recueillie en 1863, à l'Hôpital de St-Sazare, à Mexico. Inédite.

Bruna Dray, 44 ans, fabricante de cigares, née à Guadalupe, près Mexico, veuve. Enfants : a une fille de 13 ans, bien portante. Parents : père, mort violente, mère, morte de fièvres, ne connaît pas de lépreux dans sa famille.

Date de l'invasion, 1856 (7 ans).

Cette femme d'une constitution robuste autrefois fait remonter le commencement de sa maladie à l'hiver de 1856 où il tomba de la neige. Obligée par ses occupations de faire un long trajet, exposée au froid elle fut prise de douleurs dans les genoux et le coude qui lui causèrent un peu de fièvre, puis quelque temps après apparurent les taches. Elles restèrent peu nombreuses, trois ou quatre à la fois, ne s'accompagnant pas toujours de fièvre. Ces taches ne contenaient pas d'eau, elles étaient

sèches, et produisaient une ulcération qui durait deux mois à peu près.

Depuis cette époque les taches ont continué à apparaître à intervalles plus ou moins longs; elles apparaissent encore souvent, nous en voyons qui remontent à un ou deux mois, d'autres à quinze jours, huit jours, enfin l'une d'elles a paru hier.

Etat actuel, 13 juillet 1882.

Pouls à 95, un peu fort; soit, légère douleur de tête, pas de chaleur à la peau. La malade n'a pu dormir depuis deux nuits, elle ressent des douleurs très vives dans toute la main gauche et surtout au petit doigt. Le toucher le plus doux sur la main est impraticable, tant est grande la douleur qu'on provoque. Tous les doigts sont légèrement empâtés, enflés, ils sont gros à leur base et très effilés à leur extrémité, ce qui leur donne un peu l'apparence de griffes. Le petit doigt est le siège principal de la souffrance. A son sommet on aperçoit une tache violacée vineuse qui occupe surtout la troisième phalange; elle s'étend ensuite moins foncée sur la deuxième et apparaît à peine sur la première. Sur le dos du petit doigt notons deux capillaires sous-cutanés qui ont pris un développement assez considérable et qu'on voit violets sous la peau.

Si nous passons à l'examen des membres nous voyons que les deux bras sont le siège, à la partie externe beaucoup plus qu'à la partie interne, d'une éruption de taches plus ou moins anciennes mêlées de cicatrices et de quelques ulcères. Ces taches s'arrêtent en général au coude qui est ici leur siège de prédilection; elles sont plus rares sur les bras où elles existent cependant. Nous en avons compté quatorze sur le bras droit.

C'est à l'avant-bras du même côté qu'ont poussé les premières taches, la première un peu au-dessus du pli du

coude. A côté nous en trouvons qui datent de quinze jours où nous voyons une croûte rougeâtre épaisse. Une autre date de huit jours, celle-ci ne semble point devoir se terminer par une eschare ; elle a déjà pâli, n'est plus douloureuse ; elle est très limitée et sans engorgement sous-jacent. Au coude deux petits ulcères peu profonds, à fond rouge grisâtre, de la longueur des taches à peu près, amenant un peu d'inflammation et d'induration de voisinage. La cicatrisation est toujours très longue à se faire, un ou deux mois.

La main est tachetée également de la même manière, il y a dix-huit mois le pouce a été le siège d'un accident identique au petit doigt gauche. Il en est résulté une eschare avec ulcération qui a entraîné une petite partie de la troisième phalange.

Le bras gauche est dans le même état que le bras droit : cicatrices peu larges ou d'autres fois étendues, siégeant surtout au coude, peu adhérentes. Taches nouvelles ayant une écaille large comme une pièce de 50 centimes ; en la soulevant, je fais sortir du pus, il existe un ulcère dessous.

Les jambes présentent le même aspect avec plus d'intensité dans les phénomènes ; les taches cicatricielles sont plus grandes, irrégulières, entourées d'un cercle gris plus large. Les cuisses ont quelques taches vineuses, douloureuses. Les deux genoux portent de tous côtés des ulcères cicatrisés, ces cicatrices ont encore des saillies à leur centre formées par du tissu de nouvelle formation qui ne s'est point encore affaissé. Sur la jambe gauche nous trouvons quelques taches vineuses nouvelles, sans bulles.

La jambe droite présente deux ulcères qui datent de deux mois. Ces taches nouvelles se sont montrées sur

d'anciennes taches guéries depuis deux ans, ce qui explique en partie la largeur des ulcères. Ils sont séparés par une épaisseur de peau égale à leur grandeur. Ils ont encore aujourd'hui un mauvais aspect ; leur fonds est grisâtre, il exhale une odeur spéciale, infecte, malgré le charbon et la poudre de quinquina.

La sensibilité est intacte chez cette femme ; les yeux sont intacts. Le nez s'est affaissé par la perte du cartilage médian. L'odorat est intact, peu de sécheresse des narines. La voix est claire, non rauque.

Jamais de maladies de poitrine ; ne souffre pas des hypocondres.

Digestion et appétit. A l'état normal peu de diarrhée.

Rien à noter du côté de l'utérus ni de la vessie.

20 juillet 1863. — La tache rouge qui existait au petit doigt s'est limitée à la 3^e phalange. La teinte violette a disparu dans les deux autres. Mais la douleur est continue et très-vive dans tout ce côté de la main.

25 juillet. — La tache noire est devenue franchement gangréneuse ; elle est aujourd'hui noir-charbon et on attend sa limitation, c'est la gangrène de la phalange. En même temps que la teinte noire augmente, elle devient plus dure et plus insensible dans ce point. Quelques taches nouvelles ont paru aux bras et aux mains. L'autre main est très-douloureuse ; les téguments sont quelquefois un peu tendus, épaissis, non rouges cependant.

26 juillet. — La gangrène est limitée à un petit point noir au sommet du petit doigt. La partie violacée qui occupait la 3^e et la 2^e phalange est devenue le siège d'une ampoule qui s'est crevée et a laissé une ulcération superficielle.

La fièvre a diminué, nouvelles taches.

31 juillet. — Mobilité de la portion nécrosée avec crépitation. L'ulcère voisin va mieux.

Des taches sortent sur tout le corps, entourées d'une zone inflammatoire. Ces taches se recouvrent à leur centre, sur un centimètre de diamètre, d'une croûte qui, en se détachant, laisse des ulcères.

5 août. — Même état, pas de sommeil, inappétence. Apparition de nouvelles taches se recouvrant soit de croûtes immédiatement, soit d'une vésicule irrégulière, formant un ulcère. Elle a, en ce moment, une tache au coude droit où s'est formée une vésicule irrégulière ~~extrêmement douloureuse, et qui va donner un ulcère.~~ La dernière phalange du petit doigt s'est nécrosée; elle est noire à sa partie supérieure, entourée de tissus en putréfaction à sa base, elle est mobile, mais adhérente encore.

3 septembre. — La phalange est tombée et la cicatrice complète. Etat général meilleur, période de mieux; il ne sort plus de taches et les ulcères se cicatrisent.

OBSERVATION VI.

Sclérodermie.

Marie Gendet, femme Bouillon, âgée de 58 ans, née à Dérimeux; demeurant à Lyon, entre à l'Antiquaille, salle Ste-Agnès, service de M. Gailleton, le 13 juillet 1880.

Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. Depuis un an elle habite une maison très-humide. Début de l'affection actuelle il y a deux mois; à cette époque la malade remarqua que ses jambes enflaient le soir; peu à peu cet œdème envahit successivement les cuisses, l'abdomen, le thorax et enfin les membres supérieurs. La malade affirme nettement que les parties primitivement enflées étaient très dures et qu'elles ont diminué de volume depuis quelques semaines.

Pas d'œdème de la face, ni des paupières, pas de rhumatisme, pas de syphilis, rien au cœur. L'état général a toujours été bon, mais les régions œdématiées ont été le siège de démangeaisons très vives et très pénibles: et en même temps les mouvements des membres ont été

gênés par cet état d'induration et de rétraction de la peau. Ces démangeaisons et cette gêne dans les mouvements ont été les deux symptômes principaux de l'affection.

Actuellement nous constatons l'existence d'un œdème dur, généralisé à toute la surface du corps excepté le visage, les pieds et les mains. La surface cutanée est luisante, blanchâtre, tendue ; la pression des doigts ne laisse pas de traces, mais elle est douloureuse. La peau ne glisse pas sur les tissus profonds, on ne peut la pincer, et le tissu cellulaire sous-cutané paraît faire corps avec elle. La peau du thorax forme une véritable cuirasse ; on y remarque une légère desquamation épidermique ; de plus au niveau du cou et de la région sus-claviculaire existent des bulles plus ou moins allongées, remplies d'un liquide citrin.

Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras, de la jambe sur la cuisse ne peuvent s'accomplir complètement ; la peau formant une espèce de bride du côté de l'extension.

Etat général bon. Ni sucre ni albumine dans les urines.

4 août. — La gêne dans les mouvements augmente en même temps que la rétraction de la peau du côté de la flexion. Il est survenu de nouvelles bulles sur les avant-bras.

7 août. — Toujours de nouvelles bulles autour du cou ; celles qui se sont rompues ont laissé après elles des exco-riations douloureuses. Un peu de diarrhée.

10 août. — Douleurs lancinantes dans différentes régions ; la malade les compare à des piqûres d'épingle. Ces douleurs précèdent l'apparition des bulles qui surviennent en grand nombre sur les membres. Elles ont la

gros seur d'une tête d'épingle, sont absolument transparentes, et non entourées d'une zone inflammatoire. En 24 ou 36 heures, elles arrivent à leur période d'état et se vident ou se résorbent en un ou deux jours. La sensibilité est toujours intacte.

16 août. — Toujours de nombreuses bulles. Gêne des mouvements respiratoires par suite de la rétraction de la peau du thorax. La peau est restée saine dans une zone de 2 à 3 centimètres autour du mamelon. Le tissu mammaire est projeté en avant dans cette zone étroite par le cercle rétractile qui entoure la base des mamelles.

23 août. — Apparition de nombreuses bulles sur les jambes. L'état général semble s'aggraver. Léger œdème des mains.

15 septembre. — Toujours de nouvelles bulles. Cependant la peau des membres et du tronc paraît moins dure. Diarrhée.

21 septembre. — Etat général grave, sensation de froid, frisson. Température dépasse 40°. Etat local est le même.

23 septembre. — Même état. Température 40°. La malade est assoupie. L'avant-bras gauche est couvert d'une rougeur diffuse, sur laquelle on remarque une multitude de petites phlyctènes.

24 septembre. — même état. Température 39° 5. Rougeur des régions envahies par le sclérème. Apparition de nombreuses bulles.

25 septembre. — Idem.

26 septembre. — Prostration complète. Erythème généralisé sur les parties malades ; nombreuses bulles.

27 septembre. — Toujours même état. La malade se plaint de douleurs occasionnées par les ulcérations qui ont succédé aux bulles.

28 septembre. — Etat général extrêmement grave. Les ulcérations ont mauvais aspect et sont douloureuses.

29 septembre. Prostration toujours très-accentuée. Nouvelles phlyctènes énormes au pli du coude droit.

30 septembre. — Même état. Les phlyctènes du coude se sont rompues et ont laissé des ulcérations.

1^{er} octobre. — Œdème du visage avec rougeur mais sans bulles. Incontinence de l'urine et de matières fécales. La malade a perdu connaissance.

2 octobre. — 1 h. 1/2 matin : Mort.

Autopsie 36 heures après la mort. La peau des membres inférieurs et surtout des cuisses est extrêmement dure, le scalpel s'y enfonce difficilement. Au-dessous on trouve le tissu cellulaire qui adhère à la peau et aux aponévroses, on ne peut les séparer qu'en sectionnant les adhérences. La graisse est divisée en lobules, bridée par de fortes travées connectives.

Ces mêmes altérations se retrouvent à un degré moins avancé dans le reste du corps, toutefois le tissu cellulaire est à peu près sain aux pieds et à la main droite. Pas d'altérations des organes, le cerveau est un peu congestionné.

Des fragments de peau furent enlevés sur le cadavre au niveau des bulles hémorrhagiques récentes qui, sur le vivant, devenaient l'origine des ulcères gangréneux arrondis. Ces fragments furent examinés au laboratoire d'anatomie générale de la Faculté par M. le professeur Renaut.

L'examen, fait après durcissement convenable dans l'alcool, la gomme et l'alcool, montra, dans l'aire des bulles des lésions de désintégration moléculaire, ordinaire dans les gangrènes ; mais le fait capital, c'est que

les veines efférentes du tégument, situées sur la limite du derme et des cônes fibreux de la peau montraient au dessous de chaque bulle les lésions de l'endophlébite oblitérante, absolument analogues à celles qu'on trouve dans une *Phlegmatia alba dolens*, au troisième ou quatrième jour.

Les coupes méthodiques faites sur les vaisseaux oblitérés ont en outre montré un fait intéressant : C'est à savoir que, sous l'une des bulles hémorragiques et gangréneuses, un rameau important du système veineux oblitéré était rompu latéralement. Le point de rupture donnait naissance à une hémorrhagie interstitielle d'origine veineuse, cause évidente de l'état hémorragique initial de la lésion. Le caillot intravasculaire se poursuivait avec les trainées interstitielles, à travers la paroi veineuse fracturée et rebroussée au sein du caillot. Le coagulum intraveineux n'avait pas encore subi de commencement d'organisation fibreuse ; il s'agissait en effet de bulles naissantes. L'état des nerfs n'a pas attiré spécialement l'attention, vu qu'il s'agissait de pièces provenant d'une autopsie.

Après la lecture des premières observations, on voit immédiatement que nous nous trouvons en présence de trois cas à peu près identiques et qui ne diffèrent entre eux que par des lésions tout à fait insignifiantes, comme la présence ou l'absence de phlyctènes, etc.

Mais à quelle affection avons nous à faire ?

Cette question a déjà été posée à deux Sociétés savantes ; à la Société de Biologie, à propos de la malade de M. Leloir, et à la Société de Médecine de Lyon, à propos de celle de M. Dron.

Evidemment, il faut tout d'abord écarter toute idée de chéloïde idiopathique, de xanthoma qui n'ont qu'une ressemblance grossière avec notre affection. L'idée de pemphigus, d'érythème phlycténoïde n'est pas plus soutenable, puisque l'existence des bulles ou phlyctènes n'est pas constante et que l'érythème n'est ici que le premier stade de l'évolution morbide. Le Pemphigus successivus de Gilibert a cependant une évolution analogue.

La sclérodémie ne peut pas plus nous rendre compte des symptômes qu'ont présentés nos malades. Le processus morbide est différent. Cependant, comme on peut le voir dans l'observation VI, qui nous a été communiquée par notre ami M. Gangolfe, interne des hôpitaux, il y a bien certaines analogies dans les deux affections ; dans les deux cas, on peut rencontrer des phlyctènes, des ulcérations, etc.

Pouvons-nous penser davantage à des phénomènes analogues à ceux de l'asphyxie locale, à ceux de la gangrène symétrique des extrémités ?

Au mois de novembre 1875, M. Després a présenté à l'Académie de Médecine une malade qui avait une affection dont le processus pathologique était le même que celui qu'on retrouve dans nos observations ; seulement les lésions étaient localisées à l'avant-bras gauche. Nous tenons à reproduire ce cas, à cause de sa grande analogie avec les nôtres, et aussi à cause de l'importance de la discussion qui suivit cette présentation.

« Il s'agit d'une femme de 42 ans, dont la famille est originaire des environs de Paris et dont aucun des ascendants directs n'a habité l'Orient ou les contrées intertropicales. Pas d'antécédents syphilitiques, mais des signes non douteux de scrofule. L'affection dont elle est atteinte date de sept à huit ans et a débuté par des boutons (pustules, vésico-pustules d'après Hillayret) ; ces boutons se sont ulcérés en laissant après eux des ulcérations qui se sont guéries ; puis il en est survenu d'autres, et malgré tous les traitements ces ulcérations ont gagné les mains en s'accompagnant de douleurs très-vives. Il y a un an, le mal aurait eu un temps d'arrêt, puis aurait repris sa marche envahissante et détruit une partie de certains doigts de la main gauche.

Actuellement, la face dorsale de l'avant-bras, le coude et le dos de la main présentent des ulcérations à bords rouges, un peu élevées et à fond grisâtre, ne bourgeonnant pas. Les doigts indicateur, annulaire et auriculaire sont sphacelés jusqu'à la partie supérieure des phalanges. Le sphacèle présente cette particularité qu'il ne s'accompagne ni de gonflement des parties, ni d'inflammation des gaines tendineuses. »^d

La Commission fut unanime à rejeter l'opinion de M. Després, qui prétendait que cette lésion pouvait être rapportée à la diathèse scrofuleuse ; mais malgré les objections de M. Devergie, les deux autres membres conclurent que l'on avait affaire à la gan-

grène des extrémités de M. Raynaud. Cette opinion pouvait en quelque sorte être justifiée par la localisation de la maladie à une partie d'un membre ; toutefois, M. Hardy, rapporteur, qui ne voyait pas là un cas type, croyait devoir ajouter qu'il y avait certainement une très-grande analogie entre cette dernière maladie et la lèpre et que les lésions anatomiques devaient être très-voisines dans les deux cas, relativement à leur siège et à leur nature.

Evidemment ici, comme chez nos malades, nous avons une affection cutanée caractérisée par :

1° Des boutons (pustules, vésico-pustules, pour Hillayret).

2° Des ulcérations qui succèdent à ces boutons.

3° Des cicatrices blanches, indélébiles.

Comme chez nos malades, l'évolution des lésions s'accompagne de douleurs ; la marche du mal est intermittente, avec rémission, etc. ; mais chez nos malades, le mal n'est pas localisé ; aussi, avec M. Leloir, nous ne croyons pas à une gangrène des extrémités, parce que la dissémination des lésions, le fait qu'au lieu de siéger aux extrémités, comme dans la gangrène symétrique, elles siègent surtout au cou, à la face et aux avant-bras, enfin, l'absence de modification dans la coloration de la peau, nous autorisent à rejeter cette hypothèse.

A la Société de Biologie où fut présenté le cas de M. Leloir, M. Vulpian se fondant sur les troubles de

la sensibilité qui accompagnent la formation des plaques et sur le tempérament très nerveux de la malade, fit remarquer que l'on avait à faire à une affection gangréneuse de la peau très probablement d'origine nerveuse ; mais sans préciser davantage. M. Dron émit à peu près la même opinion, à propos de sa malade à la Société de Médecine de Lyon, où la question ne fut pas mieux éclaircie. L'affection fut dénommée « Dermite gangréneuse spontanée. » Mais dans la lèpre les lésions cutanées dépendent aussi d'une altération nerveuse ; c'est du moins l'opinion des auteurs qui se sont occupés de cette question, opinion qui est encore soutenue dans la thèse toute récente de M. Leloir.

Du reste, en parcourant les diverses publications sur la lèpre, nous avons été frappé de la ressemblance qui existait entre certaines descriptions et nos observations. — Tel est le passage suivant que nous empruntons au traité de M. Neumann (1).

Une autre forme, dit-il, mais rare, sous laquelle se développe la lèpre anesthésique et celle du *pemphigus leprosus* (*lepra sub adustionis specie latens de Schilling*) *malum mortuum*, *malmorto*. Après une période prodromique de durée variable (fièvre, douleurs rhumatoïdes), il se forme sur des endroits hyperémiés ou sur un

(1) Neumann. — *Traité des maladies de la peau* traduit par E. et G. Darin.

fond rouge vif, saillant, analogue à de l'urticaire, des bulles du diamètre d'un pois, d'une noix, jusqu'à celui de la paume de la main et davantage, qui résultent d'un épanchement de sérosité trouble au-dessous de l'épiderme, tandis que le processus s'étend dans les tissus profonds. Au début, les bulles ressemblent à celles du pemphigus vulgaire ; cependant elles ne tardent pas à se rompre laissant des ulcérations profondes, et celles-ci des cicatrices enfoncées. Parfois les bulles se forment rapidement, durent quelques heures ou quelques jours, se dessèchent et sont remplacées par une tache d'une pigmentation intense. Au bout d'un temps plus ou moins long, la partie malade devient soit anesthésique, soit hypéresthésique. Les bulles apparaissent ordinairement sur les extrémités, et surtout au pourtour des articulations ; il se peut que leurs éruptions se rattachent à des affections des nerfs, comme cela a lieu dans l'herpès zoster. Assez souvent aussi les bulles laissent après elles des taches blanches, sur lesquelles l'anesthésie naît immédiatement. »

Evidemment nous avons là une description exacte de ce que nous avons vu très souvent se passer sous nos yeux chez notre malade, une bulle de pemphigus précédée de symptômes généraux et de douleur locale, une ulcération succédant à cette bulle et suivie de cicatrice indélébile.

Nous pourrions encore rapprocher de cette description un passage, que nous empruntons à MM. Danielsen et Boëck, qui ont été les premiers à porter la clarté dans la doctrine de la lèpre. — Dans leur traité de la *spedalsked*, œuvre fondamentale qui a servi de base à tous les écrivains ultérieurs, ils décrivent, à propos des prodrômes de la lèpre anesthésique, un pemphigus prémonitoire qui a la plus grande analogie avec ce que nous avons observé.

« Ces bulles apparaissent soudainement sans être précédées d'aucun symptôme local, même à l'insu du malade, tant qu'elles ne sont pas percées. Elles sont de diverses grandeurs, depuis la circonférence d'une noix jusqu'à celle d'un œuf de poule ; elles sont à moitié transparentes et remplies d'une humeur visqueuse, couleur jaune verdâtre, quelquefois laiteuse ; elles crèvent au bout de quelques heures ; l'épiderme est ordinairement assez épais, il se détache et tombe ; il se présente en cet endroit une surface ulcérée qui est un peu rouge et occasionne souvent des douleurs, sans s'étendre ni en profondeur ni en largeur. Les surfaces ulcérées peuvent continuer longtemps à sécréter une humeur visqueuse d'une jaune blanc, qui se durcit fréquemment et forme des croûtes brunâtres. Ces croûtes n'atteignent jamais une épaisseur trop prononcée, et elles tombent d'ordinaire de nouveau pour faire place à d'autres. Pendant cette formation de pemphigus, les symptômes généraux ont diminué

successivement, de sorte que le malade se porte assez bien. Aussitôt après la guérison des ulcères, il apparaît à d'autres endroits de nouvelles bulles qui suivent la même marche, et c'est de cette manière, qu'il peut s'écouler des années (nous avons remarqué jusqu'à cinq ans au moins), pendant lesquelles le malade n'est affranchi de ces bulles que pendant de très courts intervalles, néanmoins il semble satisfait de sa santé. Les ulcères guéris laissent des cicatrices qui ont le circuit des bulles, sont un peu enfoncées dans la peau, ont une blancheur éblouissante, luisante ; et le plus souvent elles sont un peu moins sensibles que le reste de la peau. Ces cicatrices sont en général dénudées de poils ; mais où il s'en trouve, ils sont excessivement fins et tout à fait blancs. Assez souvent il survient plusieurs bulles ; ainsi deux ou trois autour des genoux, et aussi beaucoup autour des bras ; mais d'ordinaire, il ne s'en présente qu'une chaque fois, et tant que cela a lieu, il ne tarde pas à s'en montrer de nouvelles, quoique la surface ulcérée des bulles disparues ne soit pas encore guérie. Nous en avons vu une seule fois au visage ; au contraire, il en apparaît très souvent dans les paumes des mains et aux plantes des pieds ; et il peut du reste en revenir après les cicatrices qui se trouvent sur chaque endroit du corps.

Cette description pourrait bien se rapporter à notre affection ; aussi avec M. Doyon reprochons-nous à MM. Danielssen et Boëck d'avoir été trop exclusifs

en considérant toujours la présence de vésicules comme un prodrôme de la lèpre anesthésique. Peut-être auraient-ils pu observer que ce pemphigus coïncide fréquemment avec une altération de la sensibilité, mais que très souvent il existe sans qu'on puisse trouver la moindre trace d'anesthésie, bien au contraire de l'hypéresthésie.

Bazin dans ses leçons sur les affections cutanées décrit une forme larvée de la lèpre.

« J'ai eu l'occasion, dit-il, d'observer dans mon service, il y a quelques années, un cas fort curieux d'éléphantiasis, cas qui ne rentre pas dans les formes précédentes. Le malade venait des Etats-Unis, où il était resté un an environ dans le Kentucky. Sur les diverses régions de son corps étaient répandues des taches variables de formes et de dimensions, les unes blanches, les autres de couleur jaune; les taches vitiliges, de beaucoup les plus nombreuses, présentaient des caractères tout particuliers; quelques-unes situées au cou, au menton, à la face, avaient encore la consistance normale de la peau, mais le plus grand nombre s'étaient transformées peu à peu, et par les progrès du mal, en un tissu d'un blanc mat, comme cicatriciel, et tout à fait comparable à celui de la chéloïde; de plus, et j'insiste sur ce caractère qui est capital, la sensibilité, à la surface de ces macules, était diminuée ou tout à fait abolie. Le malade portait en outre, sur les jambes des ulcères irréguliers, à bords

indurés, taillés à pic, à fond rouge mamelonné et insensible. Les cheveux tombaient sur tout le cuir chevelu, et une sorte de tonsure ovale existait au sommet de la tête. »

Bazin ajoute qu'en présence de ce fait singulier et rare, il n'a point hésité à prononcer le mot *éléphantiasis*, malgré l'opinion contraire de Gibert, qui le range dans le *Vitiligo*.

Malheureusement l'observation de Bazin est incomplète, et nous n'avons pu nous procurer la dernière édition de Gibert, où elle a été relatée, pour la contrôler. Néanmoins, malgré la ressemblance apparente qui existe entre ce cas et ceux que nous avons observés (ulcérations et chéloïdes avec diminution de la sensibilité), nous ne pouvons assimiler notre affection à la lèpre larvée dont le processus pathologique paraît être tout différent.

Il en est de même pour cette espèce particulière de lèpre, décrite par Wilson(1) sous le nom de *morphée*. Chez nos malades, et dans la *morphée*, l'aspect tacheté de la peau peut avoir quelque analogie ; ainsi les taches de *morphoea alba*, *atrophica*, etc., donnent lieu à des dépressions superficielles d'un blanc éclatant, qui ressemblent aux plaques cicatricielles non exubérantes qu'on observe quelquefois chez nos malades ; mais dans

(1) *Erasmus Wilson—Journal of cutaneous diseases.* — London.

la morphée, on ne voit jamais les bulles de pemphigus, les plaques gangréneuses, les ulcérations qu'on rencontre toujours dans l'affection que nous étudions.

Nous avons parcouru les vingt-cinq observations de Wilson, et nous n'en avons pas trouvé une qui ressemblât à l'affection que présentent nos malades. — Toutefois nous ne sommes pas éloignés de croire que ce sont deux affections très-voisines l'une de l'autre, la sensibilité sur les taches cicatricielles dans les deux cas venant encore compléter leur analogie.

Comme on le voit, jusqu'ici nous n'avons rien trouvé qui réponde d'une façon précise à ce que nous avons observé chez nos malades. Nous pouvons bien dire qu'il y a une très-grande ressemblance entre l'affection que nous étudions et la lèpre, mais pas une identité complète; si c'est à une lèpre que nous avons à faire, c'est à une lèpre spéciale qui diffère sur plusieurs points de ce que l'on décrit dans les traités classiques.

M. Poncet (de Cluny), dont on connaît la compétence en pareille matière, et qui a vu la malade de M. Leloir, a cru reconnaître chez elle une espèce de lèpre particulière, qu'il avait observée à Mexico, durant l'occupation française, la lèpre lazarine.

C'est en se fondant sur l'évolution successive des différentes lésions, sur les phénomènes qui précèdent l'apparition de l'éruption, et enfin sur les caractères particuliers de l'eschare, qu'il est arrivé à cette conclusion. Bien que M. Poncet ne soit pas parvenu à

faire prévaloir son opinion, nous avons cru devoir vérifier cette assertion émise par un homme aussi autorisé. — Pour cela nous avons dû étudier la lèpre lazarine.

Cette affection est à peu près inconnue en Europe. Le seul endroit où nous l'ayons trouvée mentionnée, c'est dans un article intitulé : « De la lèpre au Mexique », publié dans le *Recueil de Médecine et de Chirurgie militaire*, année 1864, tom. XII. — Malheureusement l'auteur de cet article (M. Poncet (de Cluny), qui pouvait, mieux que tout autre, donner une description magistrale de cette maladie, s'est arrêté à la forme Lazarine. Cette lèpre lazarine se trouve très-bien décrite dans le *Traité de la lèpre* de MM. Lucio et Alvarado (1), professeurs à la Faculté de Médecine de Mexico, ouvrage presque inconnu en France, bien qu'il ait été traduit par M. Rebstock, médecin du corps expéditionnaire du Mexique. C'est d'après cet excellent traité et d'après les notes que M. Poncet a bien voulu mettre à notre disposition que nous avons décrit cette affection.

(1) H. Lucio et Alvarado. — *Opusculo sobre el mal de San Lazaro o Elephanciasis de los griegos*. Mexico, 1852.

DE LA LÈPRE LAZARINE AU MEXIQUE

La forme lazarine de la lèpre est bien distincte des deux autres. Lucio dit que les trois formes de la lèpre sont tellement différentes les unes des autres, qu'un observateur quelconque qui n'aurait pas vu de lépreux les regarderait comme trois maladies différentes.

D'après une statistique de l'Hôpital St-Lazare (1) que nous trouvons dans le traité de M. Lucio, nous

(1) Statistique de l'Hôpital St-Lazare, à Mexico, 1^{er} décembre 1851.

Malades atteints de la lèpre 41		{ Hommes 20 Femmes 21		Total
		H	F	
Lèpre Tuberculeuse	5	4	9	
» Anesthésique	7	10	17	
» Lazarine	6	5	11	
» Tub. et Laz.	1	1	2	
» Anest. et Laz.	1	1	1	
» Tub. Anest. et Laz.	1	1	1	

voyons que, pour la fréquence, cette forme tiendrait à peu près le milieu entre les deux autres ; M. Poncet dit qu'il l'a rencontrée beaucoup plus rarement. Le plus souvent isolée, on peut la rencontrer chez un même sujet avec une des deux autres formes, ou avec les deux réunies.

Elle est essentiellement caractérisée par la présence sur la peau de taches rouges et douloureuses qui peuvent se résoudre, ou s'ulcérer et former des cicatrices spéciales.

PRODROMES.

Le début de cette maladie n'est point aigu, ni rapide, mais essentiellement lent et chronique. En général l'éruption des taches est précédée par des prodromes plus ou moins constants qui durent toujours un temps assez long. Le premier symptôme qui frappe le malade est la chute du sourcil qui commence d'abord à s'éclaircir surtout à la partie externe ; en même temps les cils quittent les paupières. L'alopécie se déclare plus rarement et ne peut être donnée comme un signe de grande importance. M. Poncet a vu plusieurs malades chez lesquels la forme tachetée existait sans autre complication, à l'état type comme éruption, et les cheveux n'offraient aucune altération. A la même époque la sueur se supprime dans certaines parties du corps, les membres et la face d'abord,

tout le corps quelquefois. Le tronc néanmoins conserve cette fonction beaucoup plus longtemps et souvent ne la perd point; c'est ce qui rend la peau sèche, rugueuse, ridée, surtout du côté externe des membres, siège de prédilection des lésions lépreuses.

Un autre phénomène d'une très-grande importance, c'est l'altération de la sensibilité chez ces malades. D'après MM. Lucio et Alvarado, la diminution de la sensibilité dans la forme tachetée serait un des premiers symptômes et l'un des plus constants. Mais M. Poncet n'est point de cet avis. « Malgré toute l'importance, dit-il, qu'il faut ajouter à l'opinion de ces deux observateurs qui ont eu le service des lépreux pendant de longues années, il nous est impossible d'admettre ce commencement d'anesthésie comme un symptôme constant; bien au contraire, frappé de cette remarque de M. Lucio, nous avons interrogé tous les malades du service et nous n'avons constaté que chez un seul une diminution de la sensibilité ». Si l'on consulte l'observation de M. Poncet, publiée dans cette thèse, on verra qu'il survient une altération de la sensibilité, anesthésie ou hypéresthésie, dans les environs des taches, mais elle est probablement sous l'influence de l'éruption et de l'inflammation concomitante, puisqu'elle disparaît avec la tache elle-même.

Tels sont les symptômes précurseurs de cette maladie, dont la durée peut varier de quelques mois à plusieurs années. M. Lucio leur attache une telle im-

portance qu'on peut lire à la page 10 de son traité.

« La chute du sourcil est d'une si grande valeur pour le diagnostic que, unie à la diminution de la sensibilité, et à la sécheresse de la muqueuse nasale, sans aucune autre lésion, elle permet d'assurer qu'un individu est atteint du mal de St-Lazare, et que ce mal se manifestera très-probablement sous la forme tachetée. »

ÉRUPTION

Nous arrivons maintenant au symptôme capital de la maladie, l'Éruption.

Période prémonitoire. — Sous l'influence de causes diverses, où l'action du froid humide paraît jouer un rôle prépondérant, le malade est pris tout-à-coup de douleurs dans tout le corps ; la fièvre se déclare, il y a de la soif, de la céphalalgie, mais, chose curieuse, l'appétit est ordinairement conservé.

Cet appareil fébrile dure un ou deux jours. Habituellement, douze ou quinze heures après son début, le malade désigne certains points plus douloureux où déjà l'on peut apercevoir un peu de rougeur. La sensibilité y est ordinairement exagérée, le moindre contact provoque des douleurs intolérables ; d'autres fois au contraire, sur une zone de trois ou quatre centimètres, le contact n'est point perçu, mais en appuyant un peu plus, on développe les mêmes douleurs atroces.

Taches. — Vingt-quatre ou trente-six heures après le début la rougeur est parfaitement limitée, la tache a sa couleur définitive : elle est à sa période d'état.

Les taches affectent diverses formes ; les unes sont linéaires, semblables à une veine de marbre, les autres un peu plus larges, affectant une forme plus ou moins irrégulière. Les contours en sont parfaitement tranchés, d'autant plus que la rougeur inflammatoire qui avait précédé disparaît à peu près, quand la tache s'est développée. Sur le fond gris jaune de la peau cette couleur rouge sanguin se détache presque en relief. On ne peut mieux comparer cette teinte qu'à celle du sang veineux un peu aéré.

Les unes ne présentent aucun gonflement de la peau sous-jacente, les autres s'accompagnent d'un abaissement, toujours très limité, de la partie malade. En examinant avec soin, on reconnaît au milieu du fond rouge général des capillaires rouge-noirs qui semblent injectés ; on les distingue très bien sur les plaques un peu larges.

Une fois établie, cette éruption peut se terminer de différentes manières : 1° par résolution ; 2° par desquamation ; 3° par ulcération.

Au bout de trois ou quatre jours, si la tache n'est pas très-profonde, la rougeur disparaît peu à peu sans qu'il en reste trace ; quelquefois cette disparition de la rougeur s'accompagne d'une légère exfoliation, mais toujours sans douleur.

Si la lésion est plus profonde il survient un travail d'élimination, une exsudation séreuse d'où résulte une croûte jaunâtre sur la tache. Malgré cette séparation qui nécessite toujours une certaine réaction, la suppuration peut ne point arriver, comme dans les eschares très-superficielles, et la tache disparaît en laissant après elle une peau nouvelle, rosée, sur laquelle nous reviendrons au sujet des cicatrices.

Ces deux premières terminaisons sont sans aucun doute les plus heureuses, celles que tous les efforts de la thérapeutique devraient rechercher, mais malheureusement elles sont de beaucoup les plus rares. La plus fréquente est l'ulcération.

ULCÉRATION.

Les ulcères naissent de trois façons :

1° La croûte dont nous venons de parler est détachée par le pus qui s'est formé sous elle; il reste un ulcère de la largeur de l'eschare, d'un mauvais aspect le plus souvent, peu profond, mais taillé à pic et toujours long à cicatriser.

2° Le deuxième mode d'ulcération est plus dangereux; il en résulte des ulcères plus grands et plus difficiles à guérir.

Au milieu d'une tache généralement plus douloureuse et plus large que les autres, on voit l'épiderme se sou-

lever et se remplir d'une sérosité roussâtre, quelquefois franchement rouge. Le rayon d'engourdissement est plus étendu que dans les taches ordinaires, l'inflammation plus vive, plus profonde, et plus que jamais le moindre contact est redouté du malade. La bulle peu à peu envahit toute la tache, ou bien la même tache est envahie par plusieurs bulles qui se fusionnent en une seule ; dans les deux cas elle s'ouvre en laissant à nu les couches profondes du derme, c'est l'origine de l'ulcère.

Petits et assez distants les uns des autres au début, ils n'inspirent aucune crainte ; mais soit par la nature même de la plaie, soit par l'état général du sujet, ces ulcères provenant des bulles ne tardent pas à s'étendre en profondeur, et surtout en largeur ; qu'il survienne alors une tache dans le voisinage et il en résultera une plaie assez grande répandant une odeur infecte et qui n'aura aucune tendance à se cicatriser.

C'est surtout aux membres inférieurs, aux cuisses, aux mollets qu'ils acquièrent une grandeur considérable. Il arrive aussi assez fréquemment que le même individu est porteur de deux ou trois grands ulcères sur chaque membre ulcérés, autour desquels viennent se ranger d'autres plus petits et moins profonds ; alors l'ulcération devient serpigneuse, laissant entre les points ulcérés des points de peau saine plus minces que les ulcères eux-mêmes.

3° Enfin, il existe une troisième espèce d'ulcères beaucoup plus graves encore. On les rencontre surtout dans les cas les plus anciens, lorsque la maladie dure depuis sept ou huit ans. Ici on n'observe plus la présence des bulles; de plaques rouges plus étendues, plus douloureuses se gangrènent en quelques jours; l'eschare peut avoir un centimètre et plus d'épaisseur, et à sa chute elle fait place à une plaie affreuse; c'est de cette façon que naissent les ulcères les plus grands et les plus difficiles à guérir. M. Poncet les a vus envahis par la pourriture d'hôpital. Ces plaques gangréneuses peuvent siéger aux doigts, à l'extrémité des phalanges; alors la douleur est portée au plus haut degré, les os peuvent être envahis par la gangrène et la moitié d'une phalange peut-être détruite par ce processus, comme dans l'observation de M. Poncet.

CICATRICES.

Après un mois ou deux, pour les ulcères de moyenne grandeur, la cicatrisation commence à se faire; mais les plus larges peuvent rester trois ou quatre mois, quelquefois plus, avant d'en arriver à cette période. Quelle que soit du reste la grandeur de l'ulcère, quel que soit le temps nécessaire à la réparation, la cicatrice est d'abord rosée dès le début; puis elle devient de plus en plus blanche, de plus en plus nacréée, à mesure

qu'elle vieillit. Comme nous l'avons vu plus haut, la tache rouge peut se résoudre et disparaître sans laisser de traces, mais c'est là l'exception ; dans tous les autres cas, qui sont de beaucoup les plus fréquents, l'éruption laisse après elle une cicatrice spéciale indélébile. Cette cicatrice peut revêtir des formes assez variées, qui rappellent plus ou moins son origine. C'est ainsi, qu'après l'éruption bulleuse, on trouve habituellement, au bout d'un certain temps, une petite cicatrice nacrée entourée d'un cercle brun couleur de café, large d'un centimètre environ. Ce cercle suit toutes les sinuosités de la cicatrice dont il est bien distinct, et fournit un caractère d'une grande importance.

Quant aux eschares superficielles dont la séparation s'effectue sans suppuration elles laissent aussi après elles une trace spéciale, mais qui ne persiste pas. On y rencontre aussi ce cercle grisâtre entourant l'épiderme nouveau plus ou moins rosé ; mais comme la peau n'a pas suppuré, il n'y a réellement point de tissu cicatriciel, et l'épiderme nouveau, vieillissant à son tour, reprend sa couleur habituelle qui ne permet plus de reconnaître qu'il est de formation nouvelle.

Enfin, il est une forme de cicatrice que M. Poncet n'a point signalée, bien qu'elle se trouve relatée dans son observation. Je veux parler des cicatrices chéloïdiennes. On comprend très bien, qu'à la suite de ces ulcérations succédant à des eschares, la cicatrice puisse prendre la forme chéloïdienne, comme on l'observe assez souvent après les brûlures.

SIÈGE DES LÉSIONS.

Telles sont les lésions cutanées que l'on rencontre, chez les sujets qui sont atteints de la lèpre lazarine. Comme dans toutes les formes de lèpre, les lésions débutent en général par les membres, surtout par le côté externe. Mais il n'est pas rare de voir les taches qui ont commencé par la face dorsale ou externe s'étendre ensuite à la face interne des membres et envahir ensuite les autres parties du corps; toutefois la poitrine et la face seraient plus rarement atteintes dans la lèpre lazarine.

C'est le mélange des taches à toutes les périodes d'évolution qui donne aux *lazarinos* cet aspect spécial. Sur un même individu atteint depuis quelque temps de cette maladie, la surface cutanée est à peu près complètement envahie par les lésions. On peut voir à côté de cicatrices plus ou moins nacrées, rétractiles ou exubérantes, de nouvelles plaques rouges avec inflammation de voisinage, douloureuses au toucher. En même temps on aperçoit de nombreuses plaies à fond grisâtre qui sont le siège d'une suppuration nauséabonde.

LÉSIONS DES ORGANES.

La lèpre lazarine ne se borne pas toujours à porter ses ravages sur la surface cutanée; elle peut aussi atteindre les différents organes.

Appareil de l'olfaction. — La muqueuse nasale subit assez souvent une altération particulière qui serait analogue, en quelque sorte, à celle qu'on observe sur la peau. Les malades se plaignent d'avoir le nez sec, puis bouché ; c'est un vrai coryza chronique accompagné de démangeaisons ; plus tard il sort des narines une matière sanguinolente, mêlée à un mucus d'une odeur repoussante. Il peut survenir en outre une altération dans la forme du nez, due à la destruction partielle des cartilages, surtout du cartilage de la cloison. Du reste, cette déformation caractéristique du nez n'est point spéciale à la forme lazarine, on l'observe aussi dans la lèpre anesthésique, et très fréquemment dans la lèpre tuberculeuse.

Appareil de la vision. — Ordinairement les paupières sont envahies par l'éruption des taches ; il en résulte nécessairement une cicatrice indurée qui enlève à ces organes toute leur souplesse. De là cet aspect hideux des yeux que le malade ne peut plus fermer ni ouvrir à volonté. L'ectopion est surtout accentué à la partie externe ; souvent une cicatrice réunit les deux paupières opposées dans une certaine étendue de l'orifice palpébral. Les troubles qui résultent de cet état peuvent amener à leur suite des altérations graves de la cornée qui deviennent rapidement incurables.

Appareil digestif. — M. Lucio dit avoir observé des perforations de la voûte palatine ; mais ce fait qui

est fréquent dans la forme tuberculeuse doit être extrêmement rare dans la forme lazarine, puisque M. Poncet n'en a plus observé un seul cas. Aucun des malades dont nous rapportons les observations n'a présenté cette altération. Mais par contre, il n'est pas rare de rencontrer des troubles digestifs chez ces malades, et notamment de la diarrhée qui affaiblit considérablement la santé générale.

Les autres fonctions ne présentent aucun trouble notable. On a signalé un souffle anémique à la base du cœur, des troubles menstruels etc. Les ganglions sont rarement engorgés.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

La marche de la lèpre lazarine est très-irrégulière, à cause des rémittences et des exacerbations qui peuvent survenir. D'une manière générale l'évolution se fait lentement au début, et un intervalle assez long sépare les différentes poussées de la maladie ; mais plus tard les éruptions deviennent plus rapprochées, le mouvement fébril est plus intense, et le nombre des taches plus considérable. De temps à autre il peut survenir des moments d'intermittence et de mieux très-marqué ; les ulcères se cicatrisent, l'éruption cesse de s'étendre et l'état général devient meilleur.

La durée est aussi très-variable. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est en raison inverse de la fréquence et de la gravité des éruptions. Ordinairement elle ne dépasse guère huit à dix ans.

Dans le plus grand nombre des cas la mort est la terminaison de cette maladie ; très souvent elle est occasionnée par la diarrhée qui survient vers la fin de la maladie. Dans quelques cas elle survient à la suite de l'épuisement qui résulte de l'accroissement progressif du nombre de taches et de la fréquence des éruptions. M. Lucio a vu un individu, chez qui la maladie suivait son cours normal, être emporté en 24 heures, par une poussée éruptive considérable ; ce cas est exceptionnel.

Quelquefois on voit le mal diminuer d'intensité, les taches apparaissent à des époques plus éloignées ; elles sont moins nombreuses, moins graves, la fièvre qui précède leur apparition est extrêmement légère et le malade finit par guérir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous n'avons pas à aborder ici les questions d'étiologie et de traitement qui ne présentent du reste rien de particulier pour la lèpre lazarine. Mais nous tenons à faire connaître les idées de MM. Lucio et Alvarado sur l'anatomie pathologique de cette maladie : peut-

être les lésions qu'ils ont constatées pourraient-elles jusqu'à un certain point expliquer les symptômes qu'ont présentés nos malades.

Outre les lésions des organes digestifs, des voies respiratoires, des reins etc., qu'ils signalent, ils insistent tout spécialement sur les lésions des vaisseaux et des artères en particulier. « Au début de cette partie de notre travail, disent-ils, nous sentons ne pouvoir donner tous les détails exacts et minutieux quelle réclament ; mais en compensation nous pouvons assurer que les lésions artérielles que nous signalerons, nous les avons constamment rencontrées. » Ces lésions sont celles de l'endartérite chronique avec altération et diminution de l'élasticité des parois artérielles, concrétions blanches sur ces parois, et rétrécissement considérable du calibre du vaisseau. Ces lésions se rencontrent fréquemment dans les grosses artères comme l'aorte, les axillaires, les iliaques etc. ; elles existent constamment dans les plus petites comme celles des membres. Ainsi on a vu la pédieuse être réduite à un simple cordon fibreux, ainsi que des artères intercostales. Le sang se coagulerait beaucoup plus facilement qu'à l'état normal : la fibrine serait augmentée en quantité notable. Souvent on constaterait une oblitération complète des vaisseaux.

D'après cette étude, devons-nous rattacher les trois cas que nous avons rapportés à la lèpre lazarine ? Il y a incontestablement une très-grande

ressemblance entre les deux affections, mais l'identité est loin d'être complète.

Le processus morbide paraît être le même dans les deux cas. (Eruption de taches avec douleur locale précédée de symptômes généraux ; plaques escharotiques avec ou sans phlyctènes ; ulcérations longues à se cicatriser, etc.)

Toutefois, les lésions paraissent moins graves chez nos malades ; les ulcères ne paraissent pas avoir de tendance à creuser en profondeur ; chez aucun d'eux on n'observe de désordres comme la perte d'une phalange, ce qui ne serait pas très-rare dans la lèpre lazarine. (Voir observation de M. Poncet.)

La marche de la maladie est aussi la même, essentiellement chronique, intermittente, sa durée est très-longue ; l'état général est satisfaisant ; la sensibilité est également conservée partout excepté au niveau des plaques et des cicatrices.

Aussi comprenons-nous que M. Poncet, qui avait vu de nombreux cas de lèpre lazarine, ait cru reconnaître cette affection chez la malade de M. Leloir.

Mais il existe des dissemblances. Les prodromes, tels que : la chute du sourcil, la suppression de la sueur, le coryza lépreux, l'état rugueux de la peau, etc., prodromes auxquels M. Lucio attache une si grande importance, manquent ou existent à peine chez nos malades. Les lésions qui siègent presque exclusivement sur les membres dans la lèpre lazarine

ont été notées aussi fréquemment sur le tronc, le thorax, dans nos observations. Quant aux cicatrices, elles sont le plus souvent chéloïdiennes chez nos malades, et ce fait n'est pas même signalé dans Lucio. Cependant, nous n'y attachons pas beaucoup d'importance puisque M. Poncet a remarqué une certaine exubérance cicatricielle dans son observation. Du reste, chez un même individu, à la suite de brûlures multiples, ne peut-on pas voir survenir sans cause appréciable, des chéloïdes à côté de cicatrices rétractiles ?

Malgré les dissemblances que nous avons constatées, nous croyons cependant devoir rattacher l'affection de nos malades à la lèpre lazarine, parce qu'elle ne ressemble à aucune autre des maladies bien déterminées décrites en dermatologie. La remarque que M^e Quinquaud a ajoutée à son observation, justifie un peu notre opinion, puisqu'il a vu des tubercules lépreux survenir chez une malade identique aux nôtres.

Quant aux dissemblances, il faut bien se rappeler avec Alibert que la lèpre est essentiellement protéiforme et, dans certains cas, très-difficile à reconnaître ; que quelquefois même, les médecins des pays où elle est endémique attendent plusieurs années avant de pouvoir affirmer qu'un individu est réellement lépreux. De plus, pour M. Duvergie, la lèpre qui se développe dans nos climats est bien ana-

logue à celle des autres pays, mais elle est modifiée, amoindrie ; elle en diffère par une moins grande gravité et par l'absence de certains phénomènes, enfin elle guérit mieux. Par conséquent, pour toutes les raisons que nous venons d'énumérer nous ne craignons pas d'affirmer que nous avons à faire à une lèpre lazarine.

CONCLUSIONS

NATURE, ANALOGIE ET DIFFÉRENCE DES DERMATOSES
VARIÉES CONSTITUANT LE GROUPE DES LÉPROÏDES
DU TYPE LAZARIN.

On ne saura exactement si les diverses affections cutanées et viscérales, que l'on fait actuellement rentrer dans la commune dénomination de léproïdes, sont des variétés d'une seule et même maladie, que lorsqu'on aura élucidé pleinement le rôle du parasite de Hensen dans les différentes variétés de la lèpre proprement dite ; jusqu'à ce moment la question de l'unité, et pour ainsi dire, de l'unicité des diverses affections lépreuses demeurera pleinement ouverte.

Mais actuellement et en restant exclusivement sur le terrain de la clinique, il ne nous est permis de mettre au jour qu'un seul ordre de considérations. Nous

devons rechercher si la série d'affections cutanées, dont il a été question dans ce travail, peut être l'objet d'une catégorisation provisoire reposant, non pas sur des caractères étiologiques primordiaux, qui nous échappent, mais bien sur un ensemble de caractères seconds permettant d'en faire ce que l'on appelle en pathologie générale un *syndrome*.

Or, dans les divers cas que nous avons étudiés, nous avons constaté l'existence d'un caractère commun, la production de lésions cutanées successives, aboutissant toutes à des lésions gangréneuses. Ces lésions sont constamment des sphacèles partiels du tégument, localisés à certains cônes vasculaires et aboutissant à la production d'ulcères arrondis, intéressant la peau et distribués dans l'aire (1) commandée par des centres vasculaires de pleine circulation, distincts les uns des autres. La cause prochaine de toutes ces gangrènes partielles est une oblitération vasculaire. Cette oblitération peut être due à des lésions endartérielles ou péricartérielles comme l'ont indiqué Lucio et Alvarado (2), ou, comme dans le cas dont nous devons communication à M. Gailleton, à des thromboses des veines efférentes de tout un cône vas-

(1) Leçons de M. le professeur Renault, in *Revue de Dermatologie*, de Doyon.

(2) *Loc. cit.* p. 35

culaire de la peau, sorte de phlegmatia partielle des veines cutanées.

Du reste toute lésion gangréneuse arrondie du tégument ne peut reconnaître comme cause immédiate que l'oblitération des vaisseaux correspondants, quelle que soit d'ailleurs la cause de cette oblitération. Une cause plus éloignée, et que les observations de MM. Déjerine et Leloir tendent actuellement à mettre en lumière, l'influence d'une lésion inflammatoire des nerfs sur la nutrition générale des parties desservies par ces derniers, n'est aucunement en contradiction avec ce que nous venons d'exposer. En effet, si on admet comme on doit le faire, que les parties innervées par un filet nerveux affecté de névrite, ou sectionné deviennent immédiatement le siège de phénomènes d'incitation formative, désordonnée, aboutissant en fin de compte à l'inflammation plus ou moins aiguë, et soutenue des parties, il devient évident que dans cette hypothèse l'endartérite ou endophlébite oblitérante se doivent produire, et devenir la cause prochaine de la lésion gangréneuse. Mais on nous pardonnera facilement, dans les conditions d'observation purement clinique où nous nous sommes placé, de ne pas discuter la question de savoir si, comme le veulent MM. Déjerine et Leloir, le processus de névrite est primitif dans toute dermatose qui donne naissance à une eschare spontanée, ou si au contraire la névrite n'est qu'un phénomène consécutif à la lésion

vasculaire déjà produite. Ce problème ne sera du reste résolu que lorsqu'on aura montré sur un fragment de peau enlevé sur le vivant et traité d'une façon convenable au point de vue histologique, qu'une névrite dégénérative existe sur le point intéressé, en l'absence d'une lésion vasculaire oblitérante déjà produite ; or cette constatation n'a pas encore été, que nous sachions, jusqu'à présent effectuée.

Mais si nous réunissons dans un groupe commun une série d'affections dystrophiques bien connues, telles que le pemphigus successif à caractère gangréneux, les points sphacéliques que l'on voit se produire dans certains cas de sclérodémie dactylée, ou de sclérodémie en plaques, les dermatoses singulières à déterminations sphacéliques successives que nous avons décrites, et enfin la lèpre lazarine mexicaine typique, nous aurons à construire un groupement spécial d'affections cutanées, toutes caractérisées par la tendance aux oblitérations vasculaires des aires de pleine circulation de la peau, évoluant avec des caractères généraux communs, et ne présentant que des différences de détail.

Ces affections se séparent nettement des lésions cutanées gangréneuses, qui ne se montrent que comme des accidents uniques. Un zona peut devenir gangréneux, mais ne se répète pas à cet état. Dans des fièvres graves, dans des affections médullaires, des troubles trophiques aboutissant à la gangrène, se mon-

trent à un moment donné comme des épisodes ; mais de semblables accidents n'ont aucun caractère permanent ni successif.

Tout au contraire dans le groupe de dermatoses que nous étudions, de la lèpre lazarine typique, du pemphigus léprosus de Schilling et Neumann, nous sommes en présence d'une tendance constante à la production de gangrènes rondes et partielles de la peau. Le pemphigus léprosus est successif comme celui de Gilibert ; la lèpre lazarine mexicaine est également successive. Le ruban de la dermatose gangréneuse se déroule par étape ; sauf quelques caractères séparatifs seconds, l'ensemble est le même. Nous sommes infiniment plus autorisés sur ces données à proposer l'introduction en dermatologie d'un groupe d'affections cutanées analogues à la variété lazarine de la lèpre, que ne l'était Bazin à réunir dans le même terme de pemphigus la bulle née spontanément et successivement, observée par Gilibert, et celle consécutive à l'application de la pommade épispastique et à la morsure de serpent.

Bien que l'établissement du groupe pemphigus établi par Bazin sur les données que nous venons d'indiquer, constitue une de ces hérésies cliniques, qui n'ont peut être pas été suffisamment remarquées, parce qu'elles sont afférentes à une partie de la science dont l'étude se restreint nécessairement, en vertu même de la spécialisation du sujet, nous devons avouer qu'une

pareille catégorisation a été faite en partant d'une idée logique au fond, bien que de beaucoup trop étroite. Nous voulons parler de l'idée anatomique pure. Il est bien évident que Bazin a raison quand il admet l'identité matérielle entre une bulle et une autre bulle ; mais l'absurdité de la conception apparaît dans tout son jour, quand il s'agit de comparer la bulle de la brûlure à celle du pemphigus spontané. En formant un groupe de dermatoses ressemblant par leur lésion et par leur évolution à celles qui sont caractéristiques de la lèpre lazarine, nous n'échappons pas à toute objection. En effet, rien ne prouve que la gangrène cutanée observée à l'Antiquaille chez la malade de l'observation I soit l'homologue identique des gangrènes semblables, observées par Lucio et Alvarado, et encore mieux de celle décrite par M. Gailleton dans un cas de sclérème des adultes. Mais si la cause étiologique première est disparate dans ces cas (ce que l'avenir peut seul nous apprendre), un caractère de la plus haute importance clinique relie manifestement entre eux les divers cas. A l'identité des lésions se joint en effet l'identité de forme évolutive ; maladies spontanées, se produisant par étapes, aboutissant à des lésions au fond identiques, modifiant l'appareil cutané, et l'organisme entier de la même façon générale, tel est le motif qui nous paraît suffisant, au moins quant à présent, pour réunir les cas que nous décrivons sous le nom de

léproïdes du type lazarin. Le terme le moins élevé de ces dermatoses confine au pemphigus, c'est le pemphigus successif gangréneux ; le terme moyen est reproduit dans l'observation I de notre thèse, tandis que le type le plus élevé, et le mieux caractérisé, est fourni par la lèpre du Mexique, décrit par MM. Lucio et Alvarado et Poncet (de Cluny).

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et Histologie. — Des éléments anatomiques entrant dans la constitution du système nerveux.

Physiologie. — Innervation du cœur.

Physique. — Description et théorie des instruments d'optique propres à accroître l'acuité de la vue : microscope, lunettes, ophtalmoscope.

Chimie. — Acide oxalique : composition, propriétés, caractères distinctifs.

Zoologie et anatomie comparée. — De la trichine et de la trichinose.

Matière médicale et Botanique. — Produits médicaux des solanées. Décrire les diverses sortes de tiges et exposer leur structure.

Pathologie externe. — De la mort par le froid.

Pathologie interne. — Diagnostic différentiel de la péricardite et de l'endocardite.

Thérapeutique. — De l'arsenic.

Hygiène. — Du méphitisme des fosses d'aisance.

Accouchements. — Inertie utérine après l'accouchement.

Pathologie générale. — Caractères généraux essentiels et classification des maladies virulentes.

Ophthalmologie. — Du traitement de la conjonctivite catharrale simple.

Médecine opératoire. — Parallèle entre les différents procédés d'amputation dans la continuité des membres.

Anatomie. — Du testicule et de ses enveloppes.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Lésion gommeuse du voile du palais.

Anatomie pathologique. — Caractères anatomiques des endocardites.

Médecine légale. — Des signes de la mort par submersion.

Médecine expérimentale et comparée. — Anatomie et physiologie pathologiques de la rage comparée chez l'homme et les animaux.

Cliniques médicales. — De l'emphysème du poumon dans ses rapports avec la tuberculose de cet organe. — De la compensation dans les maladies du cœur.

Cliniques chirurgicales. — De l'exstrophie de la vessie et de la valeur des opérations autoplastiques destinées à réparer ce vice de conformation. — De l'érysipèle traumatique.

Vu bon à imprimer,

Le Président de la Thèse,

J. RENAUT.

Lyon, le 13 Juillet 1882.

Vu bon à imprimer,

Le Doyen,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer,

Lyon, le 13 Juillet 1882.

Le Recteur,

EM. CHARLES.

